Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

Carpetas Nos. 3015 de 1988
y 1337 de 2006

Versión Taquigráfica N° 1105 de 2007

PROFESIÓN MÉDICA

Colegiación

Sociedad de Medicina Rural del Uruguay
ver exposición

RESIDENCIAS MÉDICAS

Régimen

Decano de la Facultad de Medicina
ver exposición

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 3 de julio de 2007

(Sin corregir)

PRESIDE: Señor Representante Álvaro Vega Llanes (Vicepresidente).

MIEMBROS: Señores Representantes Luis Gallo Cantera y Sonia Rossotti.

INVITADOS: Por la Sociedad de Medicina Rural del Uruguay, doctor Carlos Córdoba, Presidente.

Por la Facultad de Medicina, Decano profesor doctor Felipe Schelotto, doctoras Laura Oyarzabal, Diana Domenech y Clara Niz; y los doctores Jorge Torres, Gerardo Secondo y Rodolfo Panizza

SEÑOR PRESIDENTE (Vega Llanes).- Habiendo número, está abierta la reunión.

Esta Comisión tiene mucho gusto en recibir al Decano de la Facultad de Medicina, Profesor doctor Felipe Schellotto, a las doctoras Laura Oyarzábal, Diana Domenech y Clara Niz, al Profesor doctor Jorge Torres -de quien tenemos muy buen recuerdo, de la Clínica del Piso 8- y a los doctores Gerardo Secondo y Rodolfo Panizza.

SEÑOR SCHELLOTTO.- En primer lugar, queremos agradecer esta invitación.

Nos hemos tomado la libertad -espero sea apropiado- de pedir que nos acompañen los colegas que han estado trabajando especialmente en el tema de la formación médica, a quienes agradecemos su presencia.

Nos han convocado para considerar el asunto de las residencias médicas, aunque posteriormente supimos que también les interesaba realizar un intercambio de ideas sobre la colegiación médica. Podemos tratar ambos, pero comenzaremos por el primero, porque es sobre el que tenemos una opinión más organizada.

El régimen, el programa o el sistema de residencias es, para nosotros, un componente sumamente valioso de la formación médica, y le damos un significado especial. Es un período de formación que completa la instrucción del médico y que, en definitiva, produce como resultado el mejor aporte de la Facultad de Medicina en su incorporación al sistema de salud; son los mejores recursos, los de mayor calidad que aporta la Facultad. Creemos que es una fortaleza de la Facultad y del futuro Sistema Nacional Integrado de Salud.

Los estándares internacionales establecen -la Facultad también aspira a ello- que la formación de especialistas, en particular, y de otros médicos que hacen estudios de postgrado, se realicen con el sistema de residencias, de práctica remunerada.

Vamos a entregarles una copia de una publicación del año 2004 de la Federación Mundial de Escuelas de Medicina, que establece estándares de formación de postgrado y elementos que tienen que ver con el sistema de residencias. Entendemos que este sistema es sumamente valioso, pero precisa perfeccionamiento en varios puntos. En primer lugar, tenemos que reforzar las unidades formativas. Nosotros tenemos dificultades para abarcar la formación de pregrados, la de postgrados y de residentes, que están a cargo de los mismos docentes. También debemos tomar en cuenta la formación médica continua y el desarrollo profesional continuo, a cargo de los mismos docentes, más los recursos que puedan obtenerse en las unidades prestadoras de atención; sobre esto hay una dificultad que tenemos que salvar de algún modo.

Asimismo, tenemos que progresar en la acreditación de unidades de formación asociada y acreditar los sitios donde los residentes, los especialistas, se van a formar. Debemos progresar en la asignación y la distribución apropiada, en el sistema de salud para la población, de los especialistas y los residentes que se están formando. Además, debemos progresar en los procesos de evaluación de los residentes, en la selección de ingreso, en uniformizar la remuneración, mejorarla y avanzar en las condiciones de práctica. También tenemos que mejorar la organización y la administración del sistema, y al definir la vinculación funcional, las responsabilidades institucionales y personales de los residentes. En fin, hay una serie de aspectos en los que tenemos que avanzar.

Sin embargo, el sistema está establecido y queremos que todos los postgrados se formen a través del sistema de residencias. Anualmente egresan alrededor de trescientos estudiantes, y el año pasado, aproximadamente 205 ingresaron al sistema de residencias. Del resto, prácticamente la totalidad aspira a realizar postgrados por fuera del sistema de residencias, pero sería deseable que lo hicieran con este sistema.

En total tenemos de modo estable entre quinientos y seiscientos médicos -más cerca de seiscientos- en sistema de residencias en los distintos niveles; se trata de los mejores recursos que se están formando para su incorporación al sistema de salud.

El sistema uruguayo de formación de residentes tiene todos estos aspectos a mejorar pero, claramente, tiene fortalezas indiscutibles. Se trata de un sistema único, vinculado estrechamente a la Facultad de Medicina, que tiene prevista la validación del postgrado con evaluación y prueba posterior. O sea, es una formación extensa que en general insume tres años, pero que en ocasiones lleva más tiempo. Es un sistema establecido hace unos cuantos años y estimamos que tiene aspectos positivos.

Sin embargo, en vista de los temas que enumeramos y en los que hay que progresar, se concluyó que uno de los caminos de progreso consistía en intentar mejorar la normativa sobre la cual está establecido el régimen. Entonces, se pensó en modificar y perfeccionar el instrumento de la ley. En este sentido hay dos antecedentes, uno del año 1983 y otro de 1994. También hay un antecedente previo, de 1972; en ese momento el sistema era distinto, incluía actividad docente y no era estrictamente un sistema de residencias como el actual o como el que se prevé.

Después de que surgió la idea de cambiar o considerar una ley de residencia, la Escuela de Graduados analizó esta iniciativa en conjunto con la Facultad de Medicina y el Ministerio de Salud Pública. Finalmente, luego de su aprobación por ambos organismos, el Ministerio de Salud Pública la presentó como proyecto de ley, con su fundamentación y su articulado.

¿Cuáles son las ventajas por las cuales la Facultad consideró apropiada esta iniciativa? Los señores Diputados podrán apreciar que se habla del "régimen" de residencias médicas; señalo que se sigue mencionando el sistema con esta palabra, lo que indica que se tiene la misma definición conceptual que en los proyectos anteriores. Asimismo, este proyecto identifica el sistema como de capacitación progresiva y lo vincula a un programa de formación de especialistas para obtener los títulos respectivos. O sea, en el artículo 1º está concentrada buena parte de las ventajas que como Facultad vemos en este proyecto, que tienen que ver con definirlo como un sistema formativo.

En segundo lugar, se lo define como realizable en instituciones acreditadas, que es uno de los avances que estamos procurando producir; me refiero a la validación de instituciones en las cuales se produzca la formación.

En tercer término, se define la supervisión en lo asistencial por parte del sistema asistencial y en cuanto al personal docente, en lo académico, por parte de la Facultad.

Otro aspecto importante que figura en el artículo 4º es la aproximación -que existía en la ley de 1983 pero que luego, en la de 1994, no quedó claramente establecida- de este sistema o régimen, a la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina.

Al expresarse las competencias de la Comisión Técnica de Residencias, el proyecto contempla la necesidad de estudiar la incorporación de nuevas residencias, su plazo de duración, la distribución de los cargos de residentes en las distintas especialidades. Define una serie de competencias de la Comisión que no figuraban -en particular las que mencioné- en las formulaciones legales previas y que, a nuestro juicio, significan un avance en tanto habilitan a la Comisión Técnica de Residencias para proponer, según criterios que hay que determinar, el número y la distribución apropiada de residentes, a fin de ajustar la formación a las necesidades de la población y del sistema de salud, y también a las posibilidades formativas.

El proyecto de ley incorpora una definición de las condiciones en que se cumplen las residencias, y establece un horario de cuarenta y ocho horas semanales; en ocasiones anteriores se definía de modo impreciso entre cuarenta y cuarenta y ocho horas. Indica que los plazos de desempeño de la residencia serán de tres años, pero pueden ser modificados o diferenciados según necesidades y a propuesta de la Comisión Técnica de Residencias; o sea que puede haber residencias que duren más tiempo.

Luego, en el artículo 18 se cambia una disposición que establecía que los residentes deben desempeñarse un período en el interior; se establece una variante. El artículo dice que se podrá efectuar una pasantía de una duración a convenir con la Comisión de Residentes, en el interior del país o en centros formativos del extranjero, contando con el aval académico de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Es otro componente importante.

Finalmente, los artículos 19 y 20 vuelven a los aspectos del número y la distribución de los cargos de residente, diciendo que según el informe anual realizado por la Comisión Técnica de Residencias, será motivo de acuerdo entre la Facultad y el Ministerio de Salud Pública, previamente a la realización del concurso anual. Estamos próximos al momento en que hay que hacer el llamado a concurso anual y este aspecto va a ser expresamente considerado.

La formulación que llega del Poder Ejecutivo al Parlamento, por intermedio de los Ministerios de Salud Pública y de Educación y Cultura, es la que fue aprobada por el Consejo de Facultad y por aquel Ministerio, y conformaba a las autoridades de la Facultad hasta el momento en que fue discutido. Sin embargo, esta formulación fue realizada a mediados del año pasado y todas las situaciones nuevas que se han producido merecen ser incorporadas en la discusión. La Facultad no ha realizado definiciones posteriores diferentes a las que figuran acá, pero ha participado en discusiones y elaboraciones teniendo en cuenta aportes nuevos, opiniones personales, grupales, a veces gremiales, y que se refieren a varios puntos. O sea: primero decimos que esta es la opinión oficial de la Facultad, pero también que esta tiene en cuenta, atiende un conjunto de temas vinculados que se han puesto a consideración.

Son cuatro temas. Uno es la dependencia institucional del sistema, régimen, o programa -su nombre, incluso- que, por un lado, claramente debe vincularse fuertemente con la Facultad de Medicina y, por otro, es conveniente que tenga una relación también importante con la autoridad sanitaria en la regulación del componente asistencial del sistema.

Hay que señalar que la Facultad no se opone a que un programa, un régimen, un sistema, como este u otros en que participa, tenga una doble dependencia. Por ejemplo, recientemente hemos discutido el caso del CENAQUE. El Ministerio de Salud Pública insistió en que dicho Centro dependa exclusivamente de la Facultad de Medicina, y tuvimos que aceptarlo, pero no por nuestro gusto. Nosotros no nos oponemos a que haya responsabilidades compartidas, a pesar de entender en este caso que tiene que haber una vinculación muy fuerte del sistema o programa de residencias con la Facultad de Medicina, ya que lo consideramos un programa principalmente formativo.

En cualquiera de los casos, el sistema de residencias necesita la asignación de recursos a la organización, a la administración, y esto no está previsto. Ya sea que se sostenga la situación actual de indefinición en cuanto a la dependencia institucional, o que se lo vincule más formalmente a la Facultad de Medicina, por ejemplo, es claro que necesita la incorporación de recursos que permitan su mejor funcionamiento.

Por otra parte, si bien creemos que hay que progresar en la organización institucional -y acá entramos en consideraciones que pueden ser discutibles- del sistema, tenemos que evitar que la consolidación de la estructura suponga un consumo de recursos, de dinero, de tiempos, que distraiga los recursos destinados principalmente al desempeño de la residencia, que es el objetivo principal. O sea que un punto de discusión es la dependencia institucional, la eventual autonomía y las características del sistema, programa o régimen.

Un segundo punto de discusión es la racionalización, la unificación de remuneraciones y su administración. ¿Cómo se puede lograr esto? Ahora hay dificultades para concretarlo. La dependencia, en cuanto a remuneración, de distintas instituciones hace que a veces las remuneraciones sean diferentes y que las instituciones que aportan los recursos económicos determinen que hay un poder de decisión ligado a ese aporte económico que se hace para cada uno de los residentes. Este sistema de aporte múltiple tiene, a la vez, ventajas, como la sencillez de la administración y el compromiso de involucrar cada institución en el aporte económico para el sistema de residencias. El fondo único -que podría ser un objetivo deseable- contribuiría a consolidar una estructura en la administración común. Hay que medir la validez de esa consolidación, que generaría un organismo con bastante mayor definición que la actual.

El tercer punto en discusión refiere a la Dirección. Hay planteos de consolidación de una Dirección que tenga mayor capacidad de decisión y una composición más plural. A nuestro juicio, hay que sostener una Dirección del sistema, programa o régimen estrictamente técnica, que dé prioridad al aspecto técnico. En ella deben tener prioridad la Facultad de Medicina, el Ministerio de Salud Pública, en su competencia en lo asistencial y en lo normativo asistencial, y los propios residentes, como parte de la Dirección.

Además, sería apropiada la creación de un organismo administrativo de nivel subordinado, en el que estuvieran representadas las distintas instituciones y que brindara apoyo técnico en lo contable, en lo legal, etcétera. Todo esto puede tener una organización autónoma o formar parte de las instituciones que actualmente administran el sistema; en concreto, podría formar parte de la Facultad de Medicina si así se determinara. Insisto: los aspectos legales, contables y de organización administrativa pueden manejarse de modo diverso.

En resumen, un tema es la dependencia institucional, otro, las remuneraciones y su organización, otro, la Dirección. El cuarto es la responsabilidad de los residentes, es decir, el modo en que se afrontan las situaciones en las cuales los colegas que están realizando su formación y que, a la vez, hacen una práctica, tienen que asumir responsabilidad frente a problemas asistenciales o de otro tipo. Esto es motivo de especial preocupación para quienes están en régimen de residencia; ha dado lugar a problemas diversos y hay que dilucidar si la responsabilidad es y debe seguir siendo exclusivamente individual, o si las instituciones que participan del sistema deben asumir parcial o totalmente esa responsabilidad, y de qué modo se organiza este aspecto que tiene implicancias legales, éticas, etcétera. Quiere decir que hay varios puntos a considerar, además de los ya planteados en el proyecto de ley.

A nuestro juicio, el Parlamento podría definir el camino a seguir. Nosotros consideramos que puede circunscribirse a lo aprobado y basarse en esta formulación para progresar en la aprobación de un proyecto de ley o abrir la discusión, avanzando a nuevas formulaciones que incorporen todo lo que falta discutir. Si se tomara la segunda alternativa, la Facultad de Medicina tendría que producir más definiciones y nuevos acuerdos interinstitucionales. Pero en el caso de que no se opte por abrir la discusión, no creemos que eso impida que, sobre la base de una formulación aceptada, luego se produzcan avances, aun fuera de la normativa estrictamente legal, por la vía de la reglamentación o del ordenamiento administrativo. Si bien no

somos especialistas en todo esto, sabemos que aun aprobando versiones de proyectos de ley que no contengan todo lo que podrían incluir, igualmente se podría seguir avanzando en lo que falta incorporar.

Creo que esta es la alternativa que existe. Sobre eso no nos vamos a pronunciar; pensamos que es decisión del Parlamento. Solo queríamos llegar hasta aquí, expresando, en primer lugar, el valor que le damos al sistema, régimen o programa de residencias, y manifestando, en segundo término, todos los aspectos en lo que consideramos que tenemos que avanzar, la forma en que opera la ley en el avance que creemos hay que producir, qué cosas quedan por discutir y cuál es la alternativa de procedimiento ante esta situación.

Nos manifestamos dispuestos a aportarles los documentos que tenemos: los que ya trajimos y otros que los colegas pueden acercar desde distintos ámbitos. Hay materiales que sabemos que ustedes ya tienen, pero trajimos como ejemplo de lo que es una acreditación para formación de residencias y postgrados, una formulación y aprobación de la habilitación del Hospital Maciel como institución asociada a la Escuela de Graduados.

A fines de 2005 hubo un seminario muy importante en el que se realizaron aportes diversos de quienes están aquí presentes y de otros actores involucrados en el sistema de residencias. No tenemos la versión completa de esa reunión, pero podemos recuperarla y acercarla a los señores Diputados, porque incluye aportes sobre todas estas cuestiones que mencionamos, relativas al proyecto en sí y también a temas de dependencia institucional, remuneraciones, Dirección, responsabilidad, aspectos legales, etcétera.

Disculpen lo prolongado de la presentación.

El profesor Torres fue protagonista de la discusión que llevó a esta versión del proyecto de ley. A pesar de su reciente dificultad de salud, accedió a acompañarnos y quizás tenga aportes para formular.

SEÑOR TORRES.- La exposición del profesor Schellotto resume muy bien la problemática en la que se inscribe este aspecto que tiene que ver, en primer lugar, con un problema mayor, que es la formación de los posgrados. En la Facultad de Medicina, el residentado se inscribe dentro de la formación de los posgrados. Si bien desde los ángulos laborales la apreciación puede ser otra, desde nuestro punto de vista es esa.

En ese sentido, simplemente para dar un poco de vida a la situación a la que hemos llegado, señalamos que cuando ocupamos la Dirección de la Escuela de Graduados nos planteamos el tema de las residencias dentro de la formación de posgrados. Allí apreciamos la muy variada situación que se da para que un individuo tenga un posgrado: en las formas de residencia, de no residencia, de residencia y no residencia, de docencia. En el análisis nos detuvimos particularmente en tratar de ordenar la discusión sobre los aspectos sustantivos de toda la formación del posgrado, la del residente incluido.

Simplemente, a modo de mención -lo señalo como preámbulo de lo que implicó llegar a la ley-, nos planteamos abrir una gran discusión acerca de lo que pasa con un individuo que llega -una vez recibido- a la Escuela de Graduados e intenta realizar un posgrado. En primer lugar, esta persona se encuentra con cincuenta y dos especialidades con muy diversos regímenes, algunas son con cupos y otras sin cupos; curiosamente en la Facultad no hay cupos para pregraduados, pero sí para los posgrados. En el caso de cirugía, por ejemplo, dado que no se puede hacer sino bajo residencia, quien no sea residente no será cirujano.

Pero más aún, cuando consideramos el tema de los cupos nos planteamos si en el país se necesita especialistas y en qué cantidad. Los alumnos suben las escaleras de la Facultad, cuando le dan el título cualquiera dice: "Yo quería ser médico", pero resulta que son más quienes hacen posgrado que quienes hacen pregrado. Esta es una relación que no se da en el mundo entero, pues en general hay un cincuenta por ciento de médicos generalistas y otro cincuenta por ciento de especialistas. No interesa que analicemos las razones que pueden llevar a eso; ustedes las conocen mejor que yo.

En segundo lugar, habría que analizar si es necesario establecer cupos y, en caso de que se determinaran, en base a qué razones; las históricas eran académicas. Había internos -ustedes pueden haber vivido esta situación- y luego pasaron a ser residentes; no podemos moverlos de los lugares en que están porque cumplen una labor asistencial muy relevante. Esa era la razón y lo siguió siendo. Pero desde aquel momento, debemos

plantearnos no solo qué cantidad de especialistas necesitamos sino de qué calidad. Entonces, simplemente sumamos en función de las posibilidades que teníamos y ustedes deben saber que hay una cantidad de especialidades que piden tener residentes y muchas no los tienen, porque no hay cupos, ni dinero. De manera que ahí ya había un gran problema. Ni qué hablar que luego de eso se informaba que había un mecanismo de ingreso -que habría que rediscutir- y diversas formas, residentado o no -lo que también habría que rediscutir; de aquí en más todas van a ser bajo residentado- y a partir de ellas hay programas.

Simplemente hago una mención histórica: la Facultad nos daba a cada uno de nosotros un temario amarillento, del año 1900, que contenía lo que debíamos hacer para ser especialistas. Hicimos una normativa -aplicando mucho rigor desde la Escuela de Graduados- y las cincuenta y dos especialidades nos entregaron su programa actualizado, con la definición de la especialidad, su historia, y lo que debía hacer un individuo luego de que ingresara en ella, durante cada año hasta que terminara. Esa es una forma hasta de presentación de la Facultad y ahora han aparecido programas complementarios porque todos piden que se forme a los profesionales en bioética, investigación, etcétera, además de lo específico. De modo que creímos que todo esto debía discutirse ordenadamente, con una guía que elaboramos. Esto dio lugar a largas discusiones y apreciamos que todo eso se daba dio bajo un marco normativo.

Con respecto a ese marco normativo, podemos señalar que habían pasado los años y veíamos que había dificultades que no nos ayudaba a resolver. Voy a citar algunos casos para dar valor a estas conclusiones. Por ejemplo: al no definir que el cargo era formativo, hace dos o tres años a un Director de Hospital -una persona apreciada y con grandes valores técnicos-, un posgrado le solicitó ir al ámbito central por sus cursos de posgrado y quiso cambiar algún día por otro en su trabajo, pero este le contestó: "Mire señor, usted debe entender que aquí nosotros le pagamos para trabajar y no para que se forme como posgrado, ni para estudiar".

Eso demuestra que había desentendimientos que se reflejan en lo que luego aparece en la ley. A la vez, podía darse el caso de que hubiera un cargo en Tupambaé y se mandara a un residente que a los seis meses venía diciendo que él se quería formar y allí no aprendía nada.

Todo eso demuestra que había un marco que se debía mejorar. Entonces, nos abocamos a esa tarea. Luego de trabajar en ese marco, tuvimos la oportunidad de que el Ministerio de Salud Pública aceptara la discusión y trabajamos sobre ello. Se avanzó y hubo consensos que fueron muy bien jerarquizados por el señor Decano. En primer lugar, con el primer punto se intentó equilibrar lo laboral y lo académico. Nosotros entendemos que un individuo no puede decir: "Mire, yo llegué al Hospital Maciel, pero ahora tengo una clase y no voy a hacer la policlínica o no voy a operar".

Entonces, si bien es cierto que hay que comprender lo laboral, hay que compadecerlo con la formación académica porque hay cosas que se tienen que hacer. Esto obligaba a una redefinición de los objetivos de este programa.

En segundo término, tenían que ir a lugares -como dijimos anteriormente- en los que hubiera acreditación académica; ya se tratara de Tupambaé o de cualquier otro sitio, lo que importaba es que el individuo tuviera todas las posibilidades, fuera de la Facultad, para formarse en su totalidad, para así aprender algo.

El servicio de ginecología nos dice. "¿Sabe qué? Se fue tal técnico, que hace cirugía laparoscópica". Ante esto, preguntamos: "¿Y cuál es el problema?". Y responden: "Que a los posgrados residentes no les podemos enseñar cirugía laparoscópica". "¿Y qué va a pasar?", preguntamos. Contestaron: "Que cuando venga una mujer le diremos que la vamos a operar, y luego ella dirá que no le podemos hacer cirugía laparoscópica, que estuvo en tal lugar en el que casualmente no había cirugía laparoscópica".

El país se ha desarrollado con técnicos muy capaces en ámbitos privados de Montevideo y del interior, que realmente pueden dar respuesta. En este caso habría que llegar a convenios para que el programa pudiera cumplirse como corresponde. De ahí viene lo de lugares públicos o privados acreditados -como mencionaba la ley-, de Montevideo o del interior.

Cualquiera de los señores Diputados sabe que el interior del país tiene puntos tan fuertes que atraen, y a uno le seduce que el individuo deba hacer alguna pasantía para aprender su especialidad, sobre todo en los lugares donde se necesita profundizar en las unidades técnicas.

Esto se haría con un pago similar y con la formación de una Comisión de Residencias.

Cuando nosotros leímos esto veíamos cosas como las siguientes: "Mirá, llegaste tarde, te voy a sancionar"; "Estoy embarazada, necesito licencia"; "¿Cómo altera esto?". Me parecía que estaban trabajando en hechos muy adjetivos, y toda la Comisión de Residencias terminaba en una frustración brutal porque no habían podido trabajar sobre los temas importantes. Por lo tanto, los puntos 1 y 2 -de Salud Pública- refieren a que esa Comisión Técnica tenga tiempo para abocarse no a lo adjetivo -que debe resolver como un problema de gestión- sino a todos esos grandes temas. ¿Necesitamos especialistas o no? ¿Cuántos? ¿En qué disciplinas? Todo eso es muy dinámico y seguramente exija revisiones permanentes.

Finalmente, hubo un planteo que a nosotros nos pareció procedente, aunque dio lugar a discusiones. Concretamente, consiste en que en esa Comisión de Residentes haya un delegado estudiantil. Algunos consideraron -gente muy versada- que era una comisión muy técnica y que no deberían estar los propios involucrados, pero nosotros dijimos que sí, y finalmente fue votado por ambas partes.

Luego vinieron algunos aportes -quizás pase muy a menudo: las leyes anteriores dan lugar a ciertas modificaciones que permiten mejorar los resultados-, otras propuestas de las que tuvimos un conocimiento tardío porque fue muy posterior a todo esto. Se planteó tomar este régimen como un programa. Quienes entienden de esto -seguramente los señores Diputados están más facultados que nosotros para entenderlo- señalaron que un programa es igual a un organismo, que un organismo es igual a un hecho burocrático y a multiplicidades, que hay que analizar y dedicar tiempo para que las propuestas sean aún mejores a lo que se hace ahora. Señalo esto como una primera precisión.

SEÑOR GALLO CANTERA.- Quisiera saber de quién provinieron las cuatro consideraciones formuladas después de la aprobación del proyecto de ley, es decir, autonomía, remuneración, dirección y responsabilidad. ¿De la propia Facultad, de los residentes?

SEÑOR SCHELLOTTO.- De los residentes. No son las únicas cosas. Yo señalé un conjunto de aspectos sobre los que tenemos que avanzar, como proceso de evaluación, mejora en la selección de ingreso. Esa es la lista más completa, pero esos cuatro puntos fueron planteados por los residentes como aspectos importantes a considerar. Si bien se presentaron en la Facultad, en el Decanato, todavía no ingresaron en una discusión formal del Consejo, que no descarto que se pueda producir.

SEÑOR PANIZZA.- Agradezco la invitación y hago total acuerdo -no son simples palabras- con lo expresado por el señor Decano y por el profesor Torres.

A su vez, quiero decir que en esta reunión faltan dos personas: una proveniente del Ministerio y otra de la Facultad; concretamente, me refiero a los doctores Walter Rivero y Gerardo Bruno. Esto nos habla de una Comisión Mixta. Actualmente, esta es la Comisión Nacional de Residencias Médicas, que terminológicamente se denomina Comisión Nacional de Residencias Médicas del Programa de Residencias Médicas. No hablamos de régimen, ni de sistema.

También quiero manifestar, aprovechando la presencia del doctor Torres, los beneficios que trajo a esta Comisión sesionar en el ámbito de la Escuela de Graduados. Allí recupera el componente formativo que tiene este programa y también su riqueza por ser una Comisión Mixta, porque refleja sus orígenes. Recuerden. Antes de octubre de 1970, hace 37 años, el Claustro de la Facultad de Medicina define la principal forma, o única, de formación de especialistas bajo el régimen de residencias, con carácter de remuneradas y exclusivas. Uno o dos meses después -no recuerdo exactamente-, el Ministerio de Salud Pública toma el asunto, lo proyecta y lo concreta en una ley. En 1980 es cuando adquiere su forma definitiva, y hoy contamos con veinticinco años de residencia, institución que crece constantemente en prestigio para los alumnos y para quienes integramos o hemos integrado el "staff" docente de la Facultad y compartido las preocupaciones docentes del Ministerio.

Actualmente, este régimen está muy potenciado en su interior por nuevas exigencias que impone el período de transición que estamos viviendo. La Comisión Nacional de Residencias Médicas supervisa a más de quinientos ochenta colegas en formación de especialistas; el año pasado hizo un llamado para 206 especialistas y este año para una cifra un poco mayor. Existen no menos de treinta especialidades médico-quirúrgicas que tienen régimen de residencia como única etapa de práctica -en el caso de cirugía, anestesia, etcétera-, o las dos formas.

El hecho concreto es que este momento es muy fermental para la mesa de trabajo de la Comisión Técnica, que tuvo la inteligencia de incorporar al residente -no lo digo en estos términos por ser yo protagonista-, con voz pero sin voto, marcando un primer paso para que en el futuro -a lo mejor la ley lo reconoce- la Comisión esté bajo la órbita de la Facultad de Medicina y el residente adquiera plenos derechos.

Nosotros vemos con agrado este período que está viviendo el proceso legislativo de esta ley y lo consideramos una instancia fundamental para que el legislador -¡ojalá pudiera estar en nuestra cabeza!- identifique en toda su esencia qué significa este programa en este momento.

Si bien este proyecto de ley se enriquece con estas propuestas -adelanto que es una posición personal y no de la Comisión-, ojalá pudiera tener mayores enriquecimientos. Claro, lo dice el Decano con mucha inteligencia, que existen otras alternativas para generar esos enriquecimientos, pero eso está en las manos, en la responsabilidad y en la inteligencia de ustedes. Solo quería expresar de qué manera la Comisión Nacional de Residencias Médicas vive este tema.

Por último, quiero manifestar que la Comisión Nacional de Residencias Médicas ha hecho suyos los cuatro puntos mencionados por el Decano, en virtud del valioso aporte que el residente hace a la Comisión.

SEÑOR SCHELLOTTO.- Quiero hacer notar cómo la complementación interinstitucional en este caso es tan avanzada que los integrantes de la Comisión Nacional de Residencias Médicas han concurrido a este ámbito, independientemente de su origen o designación inicial. Son todos colegas vinculados a la Facultad de Medicina, algunos designados por el Ministerio y otros por la Facultad, que concurrimos aquí en nuestra condición de estar preocupados por el programa de residencias.

Otra precisión. El programa en este proyecto se llama "de residencias médicas"; no se denomina más "de residencias médicas hospitalarias". Esto es un detalle, pero también tiene que ver con el desarrollo que ha tenido el sistema y con los ámbitos de formación que se han desarrollado en la comunidad, en la medicina familiar y comunitaria, etcétera.

Nosotros trajimos la versión taquigráfica de lo dicho en el Senado a propósito del Sistema Nacional Integrado de Salud, porque uno de los señalamientos que realizamos a este proyecto de ley que tienen a estudio, es que no se menciona la formación de recursos humanos ni la investigación; lo poco que tiene referido a la investigación fue incorporado a iniciativa de la Facultad de Medicina. En cuanto a formación de recursos humanos, tiene muy poco o nada. Creemos que este asunto de los residentes, claramente vinculado, viene a cuento de la construcción del sistema de salud y tiene que ver con lo que expresamos en la tercera página de nuestra presentación.

Creo que todos concordamos en que un progreso sustancial que tenemos que lograr en lo inmediato es avanzar en la definición del número y la distribución de residentes que se forman de acuerdo con las necesidades del país y del sistema de salud. Ese es un punto fundamental en el que esperamos poder avanzar en las próximas semanas o meses.

SEÑOR PRESIDENTE.- Una de las cuestiones más importantes que tenemos hoy sobre la mesa es la transición que estamos viviendo. Yo no estoy seguro de que en esta ley se pueda hablar de una comisión técnico-mixta entre el Ministerio de Salud Pública y la Facultad de Medicina, en la medida en que esa Cartera va a dejar de brindar asistencia. De hecho, la descentralización de ASSE prácticamente ya tiene sanción completa. Por lo tanto, el Ministerio de Salud Pública va a ser el ente rector, regulador, etcétera, y ASSE va a ser el prestador de servicios, como ente descentralizado. Nos parece que esas cosas hay que reverlas.

Los tiempos parlamentarios tienen algunos inconvenientes, y están ligados fundamentalmente a los tiempos electorales. Creo que la Comisión deberá tomar una resolución política en cuanto a la apertura o no de la ley. A nosotros nos parece interesante fundamentalmente que el país decida, en alguna de sus dependencias, qué es lo que precisa y para qué. En ese sentido deberíamos progresar. Nos queda este año y parte del próximo para resolver esta situación; de lo contrario, el 2009 será un año mucho más difícil, en el que todo el trabajo resultará estéril. No obstante eso, nosotros ni ustedes podemos generar gastos -en ese caso requeriríamos la necesaria iniciativa del Poder Ejecutivo- o una entidad separada, salvo que el Poder Ejecutivo hiciera acuerdo. De todas formas,

nos parece que hay algunos puntos de avance que se pueden consolidar. Uno de ellos es que, más allá de la multiplicidad de actores que puedan participar, la Comisión esté radicada en la Escuela de Graduados, como un signo de que se trata de un cargo formativo. Nos gustaría recibir como aporte todo lo que a ustedes les parezca que hay que modificar en esta ley. Esto no necesariamente debe venir escrito en forma de ley, sino que pueden ser punteos de sus posiciones. De esa manera, quienes nos asesoran pueden transformar eso y agregarlo al proyecto de ley. En principio, el proyecto está en discusión y nosotros estamos de acuerdo con que ustedes planteen las modificaciones que entiendan necesarias. Deberíamos ver cómo se va a manejar esto debido a que en los próximos días Salud Pública no será prestadora de servicios; no estamos hablando de tiempos muy largos. De manera que tendremos que ver cómo resolver la situación de la Comisión Nacional de Residencias Médicas de la Facultad de Medicina con ASSE.

Nosotros tomamos de algunas posturas la necesidad de que hubiera una dependencia muy definida y clara de alguien, y nos parecía que ese alguien era la Escuela de Graduados. Asimismo, pensamos que la acreditación de las unidades docentes debe tener normas; así como la Escuela de Graduados ha acreditado instituciones de educación médica continua, debe haber normas que establezcan que aquellas que reúnan determinadas condiciones pueden acreditarse como unidades docentes.

Otro de los aspectos que discutimos en la Comisión es la necesidad de que los Jefes de residentes también ingresaran por concurso de oposición, como una manera de uniformizar.

Con respecto a esto, no necesariamente en la Comisión -nosotros podríamos ir, o ustedes venir-, podríamos mantener un intercambio menos formal que este, a fin de redactar un proyecto de ley en un plazo máximo; para mí, es razonable hasta fin de año. De esa manera, contaríamos con un proyecto terminado; inclusive, después podemos conversar con los Senadores, y para el próximo año se convertiría en ley.

Digo esto porque cuando se termina una Legislatura se archivan los proyectos no aprobados, estén donde estén, y después tenemos que empezar de cero.

Esa es nuestra propuesta. La idea es trabajar no necesariamente de manera formal.

SEÑOR SCHELLOTTO.- Los colegas me señalaban que recién en los últimos años se produjo el fenómeno que tenemos hoy presente en la Comisión Nacional de Residencias Médicas. Me refiero al hecho de que los propios médicos formados como residentes se han ido incorporando a la organización y a la dirección del programa, sistema, o régimen, lo que explica nuestra presencia hoy aquí. Estamos en condiciones bastante mejores que en otro momento de considerar apropiadamente el tema, de evaluar y mejorar el sistema.

En ese sentido, hay algunas formulaciones de procedimientos de acreditación, que son las que está manejando actualmente la Escuela de Graduados, y que permitirían habilitar instituciones y acreditar unidades docentes asociadas, integradas en esas instituciones para formación de los residentes, así como también de los posgrados.

SEÑOR TORRES.- Quiero resaltar exactamente lo mismo.

Pusimos en funcionamiento todo un mecanismo de estudio y luego comenzamos a concretar propuestas en cuanto a cómo acreditar aquellos lugares en los que van a trabajar los posgrados. Tanto es así que en determinado momento se conformó una comisión integrada por el profesor Crestanello y por los ex profesores Cuadro, Cherro y Nairac, etcétera, quienes estaban estudiándolo a nivel universal y nacional, para que hubiera más tranquilidad y que los residentes realmente supieran que irían a lugares que correspondían, de acuerdo con su formación.

Quiero señalar otro aspecto que no deja de ser menor pero que es importante para quienes tenemos un transcurrir académico no político, no público. Me refiero a que esta ley tuvo antes una aprobación parlamentaria muy peculiar, ya que fue firmada por integrantes de los tres partidos políticos que en el año 1994 integraban la Cámara. Me estoy refiriendo a los ex Diputados Caputi, Bayardi, Batlle Bertolini y Chápper, quienes acompañaron esta iniciativa con respecto a un tema que, como ustedes habrán advertido, es de carácter técnico. Naturalmente, en homenaje a ellos y teniendo en cuenta el nivel de discusión que se da

acá, eso no tuvo otra virtud que la de ir haciendo apreciaciones técnicas que apuntaran, como dijo el señor Presidente, a mejorar el sistema de salud.

SEÑOR SCHELLOTTO.- Voy a referirme a la colegiación en forma mucho más breve porque lamentablemente, como Facultad -salvo que me equivoque-, no ha habido pronunciamientos recientes detallados sobre el particular.

La Facultad de Medicina, a través de todos sus componentes, ha acompañado la opinión favorable de los médicos, en general, sobre la creación del Colegio Médico del Uruguay, y en particular, ha participado de la discusión de la última versión del proyecto de ley, que surgió de la última Convención Médica.

De manera que al respecto no hay una posición detallada y escrita de la Facultad de Medicina, a diferencia del otro tema que ha sido objeto de pronunciamiento explícito. Estimamos que en las próximas semanas o meses el tema concreto de la colegiación tendrá que ser motivo de un aporte específico de la Facultad.

Lo que sí sabemos, por ejemplo, es que la iniciativa de colegiación -que no es nueva ni mucho menos; hace decenas de años que está en la mesa de trabajo de todos los médicos- busca proteger al conjunto de la sociedad, estableciendo las normas de desempeño de los médicos y, a su vez, dentro del conjunto de la sociedad, busca proteger a los médicos en el desempeño apropiado de su profesión, fijando normas adecuadas de evaluación de su actividad, validando un código de ética médica, que actualmente existe pero que con seguridad deberá ser actualizado como instrumento del Colegio. En ese sentido, entendemos que es una iniciativa no solo favorable, sino necesaria.

La Facultad se ha embarcado en el proceso de acreditación y finalmente fue acreditada en su formación de la carrera de medicina. En tanto acreditada, los títulos tienen habilitación regional. Sin embargo, los médicos formados en Uruguay no están automáticamente habilitados a desempeñarse en los países vecinos, en tanto Uruguay no tiene un Colegio Médico; a la inversa sucede con los médicos brasileños o argentinos en Uruguay, a quienes la normativa sí los habilita a trabajar. De modo que está claro que, una cosa sin la otra, aunque sea desde ese punto de vista, no es posible.

Esta es una expresión inicial de opiniones. Nosotros, estos aspectos de ética, de comportamiento y de desempeño de los médicos, los hemos incorporado como consideraciones formativas en el pregrado y también en el postgrado y creemos que un instrumento organizativo como este también va a contribuir a la formación de los médicos en todos los niveles. No está previsto en el proyecto de ley pero, obviamente, va a ser un elemento favorable para progresar en la formación médica en los aspectos éticos y relacionados.

Esta es una manifestación muy general sobre el tema. El consenso, más allá de opiniones individuales, es claramente favorable a la creación del Colegio Médico. Próximamente, esperamos tener expresiones más definidas, concretas y detalladas sobre el punto. Estamos un poco retrasados al respecto porque otras urgencias nos han distraído de un tema tan fundamental como este, en el que han trabajado e impulsado muchos colegas durante años, a veces sin el acompañamiento apropiado del conjunto de los médicos y de los legisladores. De algún modo, ha quedado retrasado en la consideración pública, siendo un aspecto fundamental para el desempeño de la profesión.

SEÑOR PRESIDENTE.- Más allá de cómo se cristalice la ley, para nosotros es fundamental contar con la opinión del Decano, de quien rige nuestra máxima Casa de estudios. Si hubiese otros aportes, no tendríamos inconveniente en recibirlos en el momento adecuado.

Este proyecto tiene setenta años dando vueltas y nosotros hemos resuelto que este año va a cristalizar, al menos hasta donde nos compete. Pensamos que el año próximo, después de tanto tiempo, vamos a tener un Colegio Médico. Hay voluntad política de todos los partidos, pero ya la hubo otras veces, y terminó fracasando. Esperemos que esta vez ello no ocurra.

Agradecemos su visita y sus aportes.

(Se retira de sala el señor Decano y autoridades de la Facultad de Medicina).

(Ingresa a sala el Presidente de la Sociedad de Medicina Rural del Uruguay, doctor Carlos Córdoba).

——Esta Comisión tiene mucho agrado en recibir al Presidente de la Sociedad de Medicina Rural del Uruguay, doctor Carlos Córdoba -amigo, además- para escuchar su posición respecto al tema de la colegiación médica.

SEÑOR CÓRDOBA.- La Sociedad de Medicina Rural del Uruguay es una sociedad científico-gremial, la pariente pobre de las gremiales, que nuclea a los médicos que viven y trabajan en localidades de menos de cinco mil habitantes y brindan asistencia en medios rurales. Evidentemente, esto otorga características especiales a su asistencia médica.

Nosotros trabajamos donde vivimos y, obviamente, nuestro compromiso en los lugares donde residimos es mucho mayor que el de cualquier médico que viva en un medio mucho más grande, en el cual la figura del médico no es tan notoria. Un médico que camina por Montevideo no es un médico, es una persona que camina. Sin embargo, quienes vivimos en esos medios, tenemos una identificación mucho mayor.

El tema de la colegiación no nos es ajeno. Los miembros de nuestra sociedad han participado primero en las gremiales y luego en las convenciones, pero los dos proyectos a los que tuvimos acceso nos ofrecían ciertos reparos; sobre algunas características creíamos que debía hacerse un aporte diferente.

En primer lugar, a nuestro criterio, no se consideraban ciertas características especiales a las que me refería antes. Sobre todo, lo veíamos un poco punitivo para los médicos. Pensamos que la colegiación no solo debe ser un modo de vigilancia y de corrección en caso de que se cometan incorrecciones, sino que también debe tener un papel defensor hacia el médico. Todos sabemos que los médicos, a veces, trabajamos en situaciones que no son adecuadas y que no están en nuestras manos cambiar, por más que, apegándonos a las declaraciones y a los códigos, deberíamos tomar ciertas providencias y "presionar" -entre comillas- a nuestros empleadores para que cumplan con las reglas. Todos sabemos que, en realidad, no podemos hacer cumplir las reglas porque somos un poco rehenes de la situación.

También consideramos que merecían otra visión las características de los colegiados. No veíamos en los proyectos que manejamos ciertas especificaciones o requisitos que deberían tener los colegiados para integrar los distintos colegios.

Otro aspecto en que disentíamos es que en uno de los proyectos se hacía referencia a Colegios Departamentales y, en otro, a Colegios Regionales. Nosotros abogamos por la presencia de Colegios Departamentales, aunque sería más complejo, porque habría diecinueve Colegios. Nosotros pensamos que sería bueno que estuvieran representadas las diferentes características de la asistencia de cada departamento. Y voy a poner un ejemplo. Colonia está en una región diferente a Canelones, pero la asistencia en las localidades del departamento de Colonia se parece más a la de Canelones, de lo que se parece la de este último a Florida. No es lo mismo hacer la asistencia en Ombúes de Lavalle que hacerla en Casupá, pero es muy semejante hacerla en Tala y en Ombúes de Lavalle.

Entonces, consideramos que la presencia de Colegios departamentales daría un mejor acercamiento de los Colegios hacia las realidades donde el colega está actuando. Además, se sumaría el hecho de que al ser departamentales, sería más factible que alguno de sus miembros perteneciera al medio rural. Por tanto, cuando se susciten situaciones de médicos rurales, ese Colegio va a estar integrado por alguien de ese medio, que entienda los casos que allí se dan. Entiéndaseme bien: no digo esto con la idea de proteger, sino con la de conocer las realidades y de que ese colega sea "juzgado" -entre comillas- por gente que conozca la situación en la que vive.

Otra de las características que habíamos anotado para cambiar y que incluimos en el proyecto es la forma de elección del Comité de Ética. No estamos de acuerdo con que el Colegio Nacional sea el que designe a los miembros del Comité de Ética. La forma de elección puede parecer un poco compleja; nosotros planteamos en el proyecto que haya un representante por cada departamento -que en cada departamento haya un representante del Comité de Ética-, y que ante una determinada situación a juzgar, elevada por el Colegio Nacional al Comité de Ética, se sorteen cinco miembros de los diecinueve para que actúen en ese tema puntual. Luego de su actuación, ese Comité de Ética, integrado por esos cinco miembros, se disolverá y el próximo Comité está integrado por otros miembros, ya que es muy difícil que en próximo sorteo vuelvan a salir los mismos integrantes.

¿Por qué propongo esto? Porque, evidentemente, cuando elegimos a un colega para integrar un Comité de Ética lo hacemos porque estamos muy seguros de su hombría de bien y de su conocer del arte médico, pero nos parece adecuado protegerlo de las presiones que implicaría ser miembro del Comité. Este método daría una mayor cristalinidad y permitiría una mayor pluralidad en las acciones del Comité.

Por otra parte, nosotros pensamos que tanto los Colegios departamentales como esta especial característica que nosotros planteamos de integración del Comité de Ética, aumentan los costos. Consideramos que estos costos son equivalentes a los que tiene la democracia y que creo todos pagamos con mucha alegría. Digo esto porque el hecho de integrar un Comité de Ética tiene y no tiene que ver con el saber médico. De la misma manera, somos bastante exigentes en las condiciones que deben tener los médicos para ser elegidos para este Comité.

En síntesis, esto es lo que diferencia a este proyecto de la Sociedad de Medicina Rural de los otros dos que habíamos estado manejando.

Nuestra intención era venir a la Comisión con una delegación un poco más nutrida, pero es difícil combinar a los integrantes de nuestra Comisión, ya que son de Itapebí, en Salto, de Lavalleja, de Mariscala, de Ombúes de Lavalle, y yo soy de Casupá. Quisiera aclarar que el padre del Secretario, el doctor Faral, falleció hace pocos días, razón por la cual no pudo asistir y que el doctor Acosta, de Ombúes de Lavalle, se tuvo que ir porque tenía que tomar la guardia. Yo me quedé porque nuestra intención era presentar el informe lo antes posible. Por esa razón no le solicité al señor Presidente de la Comisión que pospusiera la reunión, ya que sabíamos que se estaba tratando el proyecto y queríamos hacer nuestro aporte.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)

SEÑOR PRESIDENTE.- Retomando la versión taquigráfica, agradecemos a la Sociedad de Medicina Rural el aporte hecho y lo vamos a considerar en el momento de la redacción final del proyecto de ley. La Comisión tiene por costumbre recibir todos los aportes y luego, considerando todos los elementos, intenta hacer el mejor proyecto, de acuerdo con el leal saber y entender de sus integrantes.

Hay elementos que sin dudas vamos a tener en cuenta. El trabajo en el medio rural del Uruguay es muy complicado. Hacer policlínica en esos lugares nos ha dado idea de lo que pasa y comprendemos la necesidad de estar representado. Veremos cuál es la solución final que encontramos en este proyecto de ley. Cuando la Comisión acuerde su texto, se lo haremos llegar a la Sociedad de Medicina Rural.

Se levanta la reunión.